Rok XXXVIII. Kraków, 18 Marca 1899. Nr. 11.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Rynek główny, linia A—B, Nr. 45, I. piętro.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuja: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 150 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 18 Marca 1899. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O rwie usznej *(Otalgia nervosa).*

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego w dniu 15 lutego 1899 r.).

Mam zamiar nakreślić Szan. kolegom obraz choroby, która wprawdzie należy do zakresu specyalnej gałęzi nauk lekarskich, przydarzyć się jednak może i przydarza się dość często każdemu lekarzowi praktykującemu; sądzę więc, że omówienie jej na tem miejscu nie będzie może bez korzyści.

W szerszem słowa znaczeniu rwą uszna nazywamy takie umiejscowione na jakiembądź miejscu narządu słuchowego bóle, dla przyczynowego wyjaśnienia których nie możemy wykazać żadnej podstawy anatomicznej. Bóle te powstają bądź jako rwa pierwotna *(Otalgia idiopathica)*, bądź też zostają wywołane w narządzie usznym drogą odruchową, jako następstwo jakiejś sprawy chorobowej, toczącej się w bliższem lub dalszem oddaleniu od ucha, tak zw. rwa odruchowa *(Otalgia refletorica)*.

Etyologia. Pierwotna rwa uszna pojawia się albo samodzielnie, albo też jako częściowy objaw rwy nerwu troistego, ramieniowego, szyjnopotylicznego, lub stawu żuchwowego. Przyczyny tej postaci rwy są albo ściśle miejscowe, jak wpływ zimna, silne zadziałanie dźwięku, schorzenia pni nerwowych w ich przebiegu, lub ucisk na nie, zapalenie okołonerwowe *(perineuritis)* i t. p.; albo też ogólne, jak niedokrewność, blednica, wyniszczenie ogólne, kiła, gościec, gruźlica, niedomoga nerwowa, macinnica. Histeryczne obrzmienia guzkowate w przebiegu nerwów w okolicy głowy lub szyi mogą spowodować napady silnych bólów w uchu, jak to niejednokrotnie spostrzegał Urbantschitsch *(Handbuch der Ohrenheilkunde. Schwartze St. 430)*. Rwa uszna, występująca w okresowych przerwach, może polegać na zakażeniu zimniczem *(Intermittens larvata)*. Kaufmann spostrzegał[1]) przypadki występującej nagminnie rwy usznej podczas panującej grypy (influenzy), jako postać poronną tej choroby (może rodzaj *influenza larvata); również* Eitelberg opisał *(Ueber die vom Gehörorgane ausgelösten allgemeinen und localen Reflexerscheinungen. Jena, 1895)* przypadki rwy usznej, występujące w przebiegu i w następstwie grypy. Nieznaczne bóle uszne mogą także zjawiać się jako objawy zwiastunowe, występującego po kilku miesiącach później przytłumienia słuchu (Urbatschitsch l. c.). Wreszcie zdarza się dość często, że przyczyna tego cierpienia pozostaje całkiem nierozpoznana.

Za pośrednictwem rozgałęziających się w uchu rozlicznych nerwów, jako to: gałązek nerwów troistego, błędnego, językopołykowego, spółczulnego i szyjnego splotu nerwowego, narząd słuchowy pozostaje w związku z różnymi, nietylko najbliższymi, lecz i odleglejszymi narządami ustroju, które mogą stanowić odruchowy punkt wyjścia dla powstania rwy usznej. Najczęściej przyczynę odruchowej rwy usznej stwierdzić można w zębach *(Otalgia e carie dentis)*. Ten związek między uszami i zębami spostrzega się i w kierunku odwrotnym, t. j., że bóle zębów dość często towarzyszą różnym chorobom usznym. Pedyatrzy mają nie rzadko sposobność spostrzegania różnych chorób usznych, wikłających tak zw. trudne ząbkowanie *(Dentitio difficilis)*, a ja przypuszczam, że owe objawy mózgowe i oponowe, czasem spostrzegać się dające podczas ząbkowania, jak drgawki itd., często mają swoje źródło nie w zmianach w mózgu, lecz w zboczeniach w narządzie słuchowym, co łatwo tłómaczy się, jeżeli sobie uprzytomnimy, że owe narządy, zęby i ucho, są unerwione przez gałęzie jednego i tego samego nerwu, to jest n. troistego, utrwalającego ich wzajemny stosunek. Dalej bywa rwa wywołana przez najrozmaitsze postacie zapalenia gardła, zmiany w nosie, szczególnie obrzęki w muszlach, ropotok jamy Highmora, rak szczęki górnej i części pozapołykowych, owrzodzenia na nagłośni *(Gerhardt. Archiv Virchowa, T. 27)* i w sąsiedztwie ujść trąbkowych. W tych dniach zostałem wezwany do chorego dziecka, skarżącego się na bóle w uchu i w zębach. Badanie wykazało w uchu stosunki prawidłowe, w gardle zaś silne naloty błonicze i lekkie zwężenie krtani. A więc, mimo tak daleko już posuniętej sprawy, która wymagała tej samej nocy wykonania drugiego wstrzyknięcia surowicy i intubacyi, to przecież nie było żadnych objawów, któreby zwróciły uwagę otoczenia na właściwą chorobę, gdyż nie było ani gorączki, ani utrudnienia w połykaniu, a jedynymi objawami podmiotowymi, które zwracały uwagę rodziny, były bóle zębów i w uchu. Przypadek ten godzien uwagi, gdyż podobny może się często zdarzać i przy powierzchownem badaniu dać powód do fatalnej i zgubnej w następstwach pomyłki rozpoznawczej. Po wyłuszczeniu migdałków i wyrośli gruczołowatych występują niekiedy bóle w uchu, trwające kilka godzin. Również spostrzegano je jako wczesny objaw raka języka. Spowodować je mogą dalej choroby zwoju Gassera, nowotwory mózgu, próchnica kości czaszkowych i zmiany patologiczne w szyjnym stosie kręgowym. Do narządów odleglejszych, mogących stać się źródłem rwy usznej, zaliczyć należy zboczenia płciowe, zaburzenia w miesiączkowaniu, cierpienia macicy (tyłozgięcie, uklej) *(Levy. Zeitschrift für Ohrenh. XXIX str. 202)*. W początku suchot płucnych mogą pojawić się silne bóle w uchu, w czasie, gdy zajęcie płuc jeszcze nie jest dość wybitnem.

---

[1]) Sprawozdanie z posiedzenia rakuzkiego Towarzystwa Otologicznego w dniu 24 listopada, 1896 r.

Obok tych czynników usposabiających, zdarzają się nieraz przyczyny okolicznościowe, które jako *causa efficiens* wywyłują bezpośrednio napad bólów; tu należą: zimne powietrze, przeciąg, uraz; lecz po największej części bóle występują bez tych czynników zewnętrznych i przypadkowych.

Rozpoznanie rwy usznej polega na ujemnym wyniku przedmiotowego badania narządu słuchowego, a zatem na wykluczeniu jakiejś choroby tego narządu, względnie na dodatnim wyniku badania innych części ciała, które jak wyżej wymieniliśmy, mogą wywołać drogą zwrotną rwę uszną. Jeżeli zatem chory narzeka na ból w uchu, a badanie przedmiotowe nie wykazuje w tym narządzie żadnych zmian chorobowych, a przynajmniej takich, na których karb możnaby te bóle położyć, to najbliższem zadaniem lekarza powinno być zbadanie zębów. Następnie należy poszukiwać za możebnemi zmianami w nosie, gardle, jamie nosowo-połykowej, krtani, narządach płciowych, w składzie krwi i w nerwach, starając się wynaleźć znane miejsca bolesne (points douloureux) na poszczególnych pniach nerwów. Stwierdzenie jednoczesnych drgań w mięśniach twarzowych i zaburzeń czuciowych w zakresie n. twarzowego wskazuje na zapalenie w przewodzie Falopiusza, jako na punkt wyjścia i przyczynę bólów usznych. Należy jednak przytem zawsze mieć na uwadze, iż mimo obecności próchnicy zębów i innych zmian, przecież bóle w uchu wystąpić mogą zupełnie samodzielnie i od nich niezależnie. Rwa umiejscowiona w głębszych częściach zewnętrznego przewodu usznego, w części przewodu kostnego, nie daje się odróżnić od nerwobólu, mającego siedzibę w uchu środkowem. Jeżeli uszne bóle nerwowe pojawiają się obok przypadkowo istniejących w uchu równocześnie zmian i spraw chorobowych, wtedy rozpoznanie czysto nerwowej przyrody tych bólów może podlegać znacznym trudnościom. W niektórych przypadkach wpływ leczenia choroby usznej na rwę będzie mógł sprawę wyświetlić, według zasady *ex juvantibus*. W innych razach rozpoznanie pozostanie w zawieszeniu.

Przebieg rwy usznej bywa rozmaity: może ona trwać bez przerwy, lecz może też pojawiać się napadowo i to w różnych, bądź niestałych, bądź też regularnych, typowych odstępach. Może się ona rozszerzyć na okolice sąsiednie i wzmagać się pod wpływem różnorodnych czynników zewnętrznych, jako to: dźwięk, ucisk, nizkie stopnie ciepłoty itd. Nierzadko towarzyszą jej inne objawy nerwowe, mianowicie naczynioruchowe, czuciowe, zmysłowe i odżywcze w narządzie słuchowym, jako przedmiotowe wrażenie słuchowe, szum w uszach, przytłumienie słuchu, nadczułość słuchowa, przekrwienie i nastrzykanie naczyń i nadczułość w różnych miejscach narządu usznego, które to zjawiska zazwyczaj ustępują równocześnie z napadami bólów.

Rokowanie w nerwobólu pierwotnym jest w ogólności korzystne, a zależy w poszczególnych przypadkach od przyczyny, względnie od choroby podstawowej. W przypadkach, w których tę ostatnią trudno usunąć, jak np. w raku gardła i krtani, w gruźlicy, chorobach mózgu, w kile zadawnionej itp. rokowanie staje się oczywiście niekorzystne. Próchnica zębów, jako przyczyna rwy usznej i inne, podobnie łatwe do usunięcia przyczyny, pozwalają wprawdzie na dobre, ale przecież nie bezwarunkowo pewne rokowanie. I tutaj bowiem ostrożność nakazuje niejakie zastrzeżenia, gdyż bóle uszne mogą być pierwotne obok owych zboczeń i niezależne od nich, gdyż związek przyczynowy nerwobólu usznego z wymienionemi zmianami chorobowemi nie zawsze z kategoryczną pewnością wykazać można.

(Dokończenie nastąpi).

II. Wpływ nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki.

Prof. Dr. Emanuel Machek.

(Wykład przy otwarciu kliniki okulistycznej lwowskiej w dniu 25 stycznia 1899 r.).

(Dokończenie).

Zdawało się, że wyczerpawszy środki badania, oparte przeważnie na prawach optycznych, okulistyka wolniej będzie się rozwijać. Lecz stało się inaczej. Nauka nasza korzysta z najnowszych zdobyczy innych gałęzi nauk przyrodniczych i lekarskich, aby się wydoskonalać, rozwijać i postępować. Kiedy jeszcze w zeszłym wieku Maitre Jean, Brissot i Pourfour de Petit wykazali, że katarakta, to zaćmienie soczewki, obmyślił Daviel operacyę zaćmy, polegającą na wydobyciu soczewki z oka, podczas kiedy dawniej ją zatapiano w ciałku szklannem. Tę genialną operacyę Daviela zwalczano w pierwszej połowie naszego wieku prawie wszędzie z powodu częstej utraty oka przez ropienie. Był czas, w którym tej francuskiej operacyi broniła jedynie szkoła wiedeńska Beera. Nie wiedziano podówczas, że ropienie jest następstwem działania chorobotwórczych ustrojów. Nauka o postępowaniu przeciwgnilnem i bezgnilnem zmieniła operacyjną część okulistyki do niepoznania i sprawiła, że wyniki naszych operacyjnych zabiegów są o wiele pewniejsze. Teraz wróciliśmy do pierwotnej myśli Daviela wydobywania soczewki z oka, chociaż ją dziś wykonywamy inaczej. Wynalazek kokainy, tego łagodnego środka znieczulającego, ułatwił wykonanie pewnych zabiegów śródocznych, które dawniej były bardzo niebezpieczne, lub wprost wykonać się nie dały. Bakteryologia wykazała cały szereg chorobotwórczych ustrojów i wyjaśniła etyologię chorób zakaźnych z naukową ścisłością, która jasno wykazuje związek między przyczyną a skutkiem. Ostry śluzoropotok powiek rozpoznajemy zapomocą drobnowidu, wykazując dwoinki (gonokoki) Neussera. Przyczyną błonicy oka i krupowego zapalenia spojówki jest prątek Löfflera, którego wykrycie wykazało etyologiczną tożsamość tych cierpień.

Najwięcej jednakże spodziewa się okulistyka po doświadczalnej patologii. Tu wskazać tylko trzeba na doświadczenia Munka o korowej sferze widzenia, na prace Guddena o przebiegu włókien wzrokowych. W ten sposób dzięki środkom badania i dzięki naukom pomocniczym, z których chętnie czerpiemy, coraz mniejszą jest ilość niezrozumiałych i ścisłą teoryą niepopartych zjawisk. Zręcznie według potrzeby i rodzaju zadania obmyślane doświadczenie na zwierzęciu wyjaśnia najtrudniejsze zagadnienia, a spostrzeganie przebiegu chorób przy łożu chorego wzbogaca coraz bardziej naszą wiedzę i coraz ściślejszą staje się nauka o oku i jego chorobach. Treść zaś tej nauki tak teoretyczna, jak zastósowana, opłaca zużyty wysiłek pracy. Z zadowoleniem spogląda myśl ludzka na bogate owoce swoich trudów. Chociaż

zadaniem nauki jest szukanie prawdy, bez oglądania się na wynikające z jej poznania skutki, toć przecie błogosławiony owoc pracy, który służy dobru ludzkości. Tę wielką praktyczną i toeretyczną doniosłość zawdzięcza okulistyka właśnie temu, że w wysokim stopniu jest przystępna przyrodniczym sposobom badania, snując z ich wyników daleko idące wnioski i właśnie dlatego mógł o niej powiedzieć niedawno Helmholz, który obok Graefego, Arlta i Dondersa przyczynił się najbardziej do nowszego rozwoju tej nauki, że „okulistyka przyświeca dziś, jako przykład użyteczności metody i ścisłości nauki innym gałęziom medycyny tak, jak astronomia przyświecała innym gałęziom nauk przyrodniczych przez długi szereg wieków“.

Czem jest wogóle ta użyteczna metoda przyrodnicza, której zastósowanie do nauk lekarskich tak bardzo się przyczyniło do ich rozwoju?

Samo określenie „przyrodnicza metoda“, nie wystarcza. Beer, największy i najzasłużeńszy okulista pierwszej połowy naszego wieku, oddaje swoją „Naukę o chorobach oczu“ światu lekarskiemu jako system „czysto przyrodniczy“. Gromadzi on koło siebie w Wiedniu, gdzie wyjątkowo dlań w r 1812 utworzono pierwszą katedrę okulistyki, lekarzy całego świata. Sławę swoją zawdzięczał pomysłowości i bystrości spostrzegania. Młodością swoją i sposobem myślenia tkwił jednak w końcu zeszłego wieku, a wykształcony w filozoficznej szkole głębokich a radykalnych myślicieli, którzy w tym czasie wpłynęli na przekształcenie umysłowe europejskiego społeczeństwa, potrzebował, jak wogóle ówczesna medycyna, niejako wyczerpującego systemu, i w tym celu szukał dla zboczeń ocznych ogólnych i podstawowych przyczyn. Znalazł je w chorobach soków krwi, w systemie wrażliwym, czuciowym, produktywnym, w błędnem pomięszaniu organicznej materyi i zagrzązł teoretycznie w humoralnej patologii, głęboko obmyślanej, lecz niepopartej dostatecznie przedmiotowem badaniem, stawszy się sam jednym z głównych jej filarów. Beer snuje swoje wnioski deduktywnie, lecz ilość i jakość spostrzeżeń, na których je opiera, jest jednostajna i mała. Budowa jego systemu przyrodniczego runęła wobec naukowych wyników anatomii patologicznej, która daremnie szukała Beerowskich zboczeń organicznej materyi, a z nią także runęły subtelne dedukcye ogólnopatologiczne. Zdanie o zależności oka od całości ustroju rozumiał Beer także w znaczeniu humoralno-patologicznem swego systemu, a nie w znaczeniu dzisiejszem, o czem pamiętać powinni autorowie, którzy dość często i niewłaściwie przytaczają zdanie tego okulisty, jakoby w znaczeniu dzisiejszem wypowiedziane. Dziś zależność zboczeń ocznych opiera się na związku, który anatomicznie można wykazać; tego związku Beer jeszcze nie znał.

Nasza przyrodnicza metoda badania, niemająca z przyrodniczym systemem Beera nic wspólnego, jest skromnem spostrzeganiem objawów życia, życia komórki, narządów, ustroju i badaniem tych objawów, często zapomocą środków, które wzmacniają i powiększają czynność naszych zmysłów, a tem samem rozszerzają granice ich działalności. Jeżeli w powtarzających się objawach spostrzegamy pewną okresowość, pewną prawidłową konieczność, tedy wysnuwamy ztąd prawa, według których żyje komórka, według których czynnym jest narząd, według których wreszcie istnieje zdrowy lub chory ustrój. Jest to ta sama droga, — gdzie wrażenie zmysłowe wprost budzi pojęcie, — na której odkryto prawo ciążenia. Tam był świat zewnętrzny zakładem doświadczalnym, który pouczał o powszechności tego prawa i wskazywał, że wszystko ciąży. Chcąc jednakże wykazać powszechność prawa Harveya albo Roberta Mayera potrzeba już innych środków, a znowu innych, aby wykazać prawa oddziaływania źrenicy lub akomodacyi, lub wreszcie prawa, którym n. p. posłuszne jest oko o podwyższonym ucisku, możnaby słusznie powiedzieć, prawa normalnego przebiegu chorobowego stanu. Aby te badania w sferze drobnych zmian ustroju, które są tak ważne dla zdrowia całej ludzkości, należycie postępować mogły, niewystarcza luźna praca jednostek, lecz potrzeba obok tej iskry wewnętrznej, która tli na dnie duszy ludzkiej, a która prowadzi człowieka przez pracę ku prawdzie, także dobrze wyposażonych i urządzonych zakładów i klinik, z których dziś drugą oddajemy na użytek publiczny [1]).

Odtąd także i nasza klinika, będąca na drodze należytego wyposażenia, stanąć będzie mogła do pracy w równych warunkach z zakładami reszty cywilizowanego świata. Stanęła troską rządu a ofiarą naszego społeczeństwa. Dziękowano za to już przy wielu innych sposobnościach, nie powtarzam tedy podziękowań, a stwierdzam tylko, że odtąd obowiązkiem naszym będzie, aby przez pracę codzienną i systematyczną, sumienną i wytrwałą, urósł plon z tego zasiewu społeczeństwa.

Niechże klinika zachowywa i ratuje wzrok, ten przedziwny dar twórczych sił przyrody, oddając chorych światłu i pracy, niech wzrok stracony, gdzie można, przywraca, a da Bóg, że z pośród tych murów nietylko płynąć będzie światło dla jednostek, lecz, że praca, tu poczęta, powiększy światło nauki, na chwałę naszej Wszechnicy i na pożytek cierpiącej ludzkości.

III. Niedrożność jelit mechaniczna na podstawie 156 przypadków.

Podał

Dr. Maksymilian Rutkowski.

(Dokończenie).

W drugiej gromadzie chyba tylko niektóre przypadki zagięcia kątowatego, zatkania kamieniami żółciowymi, wreszcie wgłobienia przewlekłego, mogłyby zakończyć się szczęśliwie. Z tego więc wynika, że moglibyśmy jedynie, i to z wielkiemi zastrzeżeniami, przeciwstawić 35% wyleczeń środkami wewnętrznymi 82% wyleczeń, którešmy w tych właśnie postaciach niedrożności otrzymali drogą operacyjną. Nasze zaś 35% wyleczeń, otrzymanych w uwięzgnięciu, to niepodzielny zysk leczenia chirurgicznego.

Podstawa drugiego zarzutu, że do szczegółowego rozpoznania potrzeba dłuższego czasu, a leczenie chirurgiczne jest jedynie usprawiedliwione w przypadkach zupełnie dokładnie rozpoznanych, gdyż te tylko mogą dać dobre wyniki, jest zupełnie niesłuszną. Rozpoznanie w przypadkach świe-

[1]) Tego samego dnia odbyło się otwarcie kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra Marsa.

żych jest najłatwiejsze, jak to wykazuje nasze zestawienie; przez dłuższe zwlekanie możemy doczekać się tylko powikłań a w pierwszym rzędzie zapalenia otrzewnej, które oczywiście nie przyczynia się do przejrzystości obrazu. Zestawiając następnie przypadki nierozpoznane z gromady pierwszej, otrzymamy wprawdzie śmiertelność wyższą, niż ogólna śmiertelność tej gromady, bo aż 79·4%; zwróciwszy jednak uwagę na to, że trudności rozpoznawcze polegały właśnie w tych przypadkach głównie na powikłaniu zapaleniem otrzewnej, to odsetek śmiertelności po odliczeniu przypadków nierozpoznanych, a powikłanych zapaleniem otrzewnej, zmniejszy się do 52%, a w gromadzie drugiej do 56%. Na zarzut, że laparotomia w niedrożności bez szczegółowego rozpoznania jest tylko próbną, a w tym stanie chorego zbyt ryzykowną, że trudności przy wyszukiwaniu przeszkody są w tych przypadkach nadzwyczaj wielkie, należy zauważyć, że każda laparotomia w tem znaczeniu jest próbną, każda prawie laparotomia przynosi pewne niespodzianki, a obraz chorobowy po otwarciu jamy brzusznej różni się zazwyczaj od obrazu, wytworzonego przez badanie przed operacyą. Wyszukanie zaś samej przeszkody zależne jest głównie od stanu, w jakim robimy operacyę. Im przypadek wcześniejszy, im zmiany mniejsze, tem wyszukanie przeszkody łatwiejsze, mniej czasu pochłaniające. Muszę się jednakowoż tutaj stanowczo zastrzedz przeciw zarzutowi, któryby mnie mógł spotkać przez fałszywe zrozumienie powyższych wywodów, jakobym był zwolennikiem operowania pierwszego lepszego przypadku z objawami niedrożności bez względu na ścisłość rozpoznania. Przeciw temu świadczy stanowczo cały tok niniejszego zestawienia. Jestem stanowczym zwolennikiem ścisłości w rozpoznaniu chirurga, ale zarazem żądam ścisłego rozpoznania przed przystąpieniem do leczenia wewnętrznego. Leczenie przypadowe czyli bezczynność w tej tak groźnej i szybko postępującej chorobie nie jest środkiem obojętnym i owszem działa ono szkodliwie. Porównanie szkodliwości leczenia wyczekującego w niedrożności mechanicznej ze szkodliwością laparotomii w niedrożności czynnościowej może jedynie wypaść na korzyść zabiegu chirurgicznego. Gdy bowiem pierwsze zawsze przynosi szkodę choremu, to leczenie operacyjne w całym szeregu niedrożności czynnościowych jest nawet stanowczo wskazane.

Nie zapoznając wartości leczenia wewnętrznego, z którego w pierwszym rzędzie należy podnieść podawanie przetworów makowca i przepłókiwanie żołądka, nie można go przeciwstawiać leczeniu chirurgicznemu; środki wewnętrzne należy uważać raczej za przygotowanie do zabiegu operacyjnego, który z chwilą rozpoznania przeszkody mechanicznej jest jedynie wskazanym. Dotychczasowe wyniki leczenia chirurgicznego dużo pozostawiają do życzenia, wina tego jednakowoż spada w pierwszym rzędzie na odwlekanie chwili operacyi. Następujące zestawienie liczby chorych, leczonych wogóle, z podaniem dokładnego czasu choroby i liczbą wyleczonych:

Gromada I. Uwięzgnięcie.

Ilość dni choroby	Ilość chorych	Ilość wyleczeń	% wyleczeń
1	4	2	50
2	9	5	55·5
3	23	10	43·5
4	18	8	44
5	12	4	33·3
6	4	0	0
7	2	1	50
8	11	2	18
10	6	1	16·6
11	3	0	0
12	2	1	50
14	1	0	0

Gromada II. Zamknięcie.

(To zestawienie obejmuje tylko *Infractio*, *Accretio*, *Compressio* i *Obturatio*).

Ilość dni choroby	Ilość chorych	Ilość wyleczeń	% wyleczeń
1	2	2	100
2	5	4	80
3	1	1	100
4	3	0	0
5	3	2	66·6
6	3	1	33·3
8	3	1	33·3
14	1	0	0

poucza nas, że w I. gromadzie u chorych. operowanych w 3 pierwszych dobach, osiągnęliśmy wyleczeń 65%, w gromadzie zaś drugiej 87·5%.

Tem też trudniej zrozumieć utarte mniemanie warunkowych zwolenników operacyi, że należy najpierw stosować wszelkie środki wewnętrzne, dopóki siły chorego są dobre, dopóki serce prawidłowo działa. Dopiero wobec bezskuteczności takiego leczenia, którego czas nawet ściśle niektórzy klinicyści do 2, a wyjątkowo 3 dni zakreślają, wśród dobrego jeszcze wciąż stanu należy oddać chorego w ręce chirurga. Wyraźnie bowiem ciż sami autorowie twierdzą, zupełnie zresztą słusznie, że w razie upadku sił, operacya nie może mieć pomyślnych widoków. Niestety nie podają oni jednak oznak, odróżniających dobry stan chorego, dozwalający jeszcze na stosowanie środków wewnętrznych od dobrego stanu, wymagającego już jednak operacyi. Ponieważ więc nie mamy takich oznak, ponieważ dalej nigdy nie możemy przewidzieć jak szybko wystąpią zmiany w jelicie, przeto pomoc chirurgiczna winna być natychmiastową.

Postępowanie operacyjne w naszych przypadkach przedstawia się w ogólnych zarysach w sposób następujący.

Operowano zazwyczaj w uśpieniu chloroformowem, wyjątkowo tylko wśród znieczulenia miejscowego. Od roku 1893 zaprowadził prof. Obaliński ścisłą aseptykę. Powłoki brzuszne otwierano w linii środkowej długiem cięciem, aby można było nietylko dotykiem, ale i wzrokiem szybko objąć stosunki anatomiczne. Pętle jelita, wydobywające się na zewnątrz, okrywano ciepłemi przykładkami (kompresami). Siedzibę przeszkody odkrywano przez częściowe wytrzewienie rozdętych jelit. Postępowanie to jest zdaniem naszem najwłaściwsze, zwłaszcza w przypadkach większego wzdęcia. Dozwala ono nadzwyczaj szybko rozpatrzeć się w stosunkach, szybkość zaś działania jest pierwszym warunkiem osiągnięcia dobrego wyniku. Wytrzewienie przy należytem i oględnem ochranianiu jelit nie sprowadza złych następstw. Stosownie do rodzaju przeszkody i stopnia następowych zmian patologicznych różne musiano stosować zabiegi, ogólnie jednak mówiąc, starano się o ile możności doszczętnie usunąć przeszkodę. W uwięzgnięciu, rozumie się, nigdy nie odstępowano od tej zasady; w zamknięciu zaś jelita tylko wtedy, jeżeli nie można było usunąć przeszkody czy to ze względów technicznych, czy też z powodu niestosunku sił chorego do ciężkości zabiegu, albo omijano przeszkodę przez wykonanie enteroanastomozy, albo też zakładano rzyć sztuczną powyżej miejsca niedrożności.

W przypadkach zgorzeli jelita, wycinano je w granicach zdrowych i najczęściej łączono odcinki szwem okrężnym, jedwabnym, ciągłym, dwupiętrowym. W razie niedostatecznych sił chorego wszywano końce jelita po wycięciu części zgorzelinowej w ranę brzuszną. Zabiegi te jednak małe mają widoki pomyślnego zejścia. Każdy zabieg wykonany na jelicie zmienionem wobec ciężkiego stanu chorego, wobec zajęcia otrzewnej sprawą zapalną, znacznie pogarsza rokowanie.

Następujące zestawienie zabiegów stwierdza wyraźnie to zdanie.

Uwięzgnięcie.

Zabieg	Ilość chorych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń
Odprowadzenie	72	32	44·4
Entero-anastomosis obok odprowadzenia w przyp. 22	1	0	0
Resectio intest. enterorhaphia w skręcie kiszki esowatej, jako operacya zapobiegawcza sposobem Obalińskiego.	3	2	66·6
Anus praeter naturam z powodu zgorzeli jelita	7	0	0
Resectio int. enterorhaphia z powodu zgorzeli jelita.	16	1	6·6

Zamknięcie.

Zabieg	Ilość chorych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń
Odprowadzenie	31	20	64·5
Entero-anastomosis	7	2	28·3
Anus praeter naturam	12	4	33·3
Entero-anastomosis z następowem wycięciem	1	1	100
Resectio intest. enterorhaphia z powodu zgorzeli	5	3	60
Resectio intest. enterorhaphia dla usunięcia zrostów zaciskających jelito przyp. 122	1	0	0

W razie nadmiernego wzdęcia zastoinowego nacinano poprzecznie jelito i zeszywano je, po wypuszczeniu nagromadzonej treści.

Odprowadzenie jelit do jamy brzusznej przedstawia często znaczne trudności. Aby ułatwić odprowadzenie, przykrywano wytrzewione jelita przykładką (kompresem), której brzegi wsuwano pod uniesione ku górze brzegi rany brzusznej. Przez jednostajny ucisk na przykładkę (kompres) jelita łatwiej się wciskały do jamy brzusznej. Następnie szyto ranę brzuszną ponad przykładką (kompresem), którą w miarę postępu szwu wysuwano z jamy brzusznej. Rany brzusznej

zazwyczaj nie zaszywano w całości, ale zostawiano otwór, przez który sączkowano jamę brzuszną. Do postępowania tego obok znanych prac doświadczalnych, skłoniło nas zarazem i własne doświadczenie, a mianowicie w kilku przypadkach, w których podczas operacyi ani śladu zapalenia otrzewnej nie było, sekcya wykazała je na ograniczonej przestrzeni, a wychodziło ono z jelita, zajętego pierwotnie sprawą chorobową. Sączkowanie uskuteczniano za pomocą wyjałowionej gazy i to głównie w kierunku siedziby przeszkody.

Po operacyi starano się o ile możności o dokładne opróżnienie jelit, a to najczęściej za pomocą wysokich wlewań do odbytnicy. Dla łatwiejszego przeglądu zestawiam poniżej wynik leczenia operacyjnego w naszych przypadkach:

Uwięzgnięcie.

Postać uwięzgnięcia	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczonych
Torsio flex. sigm.	31	15	48·4
Torsio int. ilei	24	6	25
Torsio coeci	5	2	40
Strangulatio	16	7	43·7
Repositio spuria herniae incarc.	7	4	57
Hernia subcoecalis	1	1	100
Invaginatio acuta	15	0	0
Razem	99	35	35·3

Zamknięcie.

Postać zamknięcia	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczonych
Invagin. chronica	9	8	88·8
Infractio	10	8	80
Accretion. diffus.	7	1	14·28
Compressio	4	1	25
Obturatio	3	2	66·6
Occlusio e cicatrice	3	2	66·6
Tbc. intestini	8	5	62·5
Carcinoma	13	3	23
Razem	57	30	52·7

W końcu należy mi przedstawić przypadki dawne t. j. operowane do roku 1893 i nowe t. j. od 1893 do 1898 r., w celu porównania otrzymanych wyników.

Uwięzgnięcie.

Postać uwięzgnięcia	Przypadki dawne			Przypadki nowe		
	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń	Ilość leczonych	Ilość wyleczonych	% wyleczeń
Torsio flexur. sigm.	17	9	52·9	14	6	42·8
Torsio intest. ilei	19	4	21	5	2	40
Torsio coeci	1	1	100	4	1	25
Strangulatio	11	5	45·4	5	2	40
Repositio spuria hern. incar.	5	2	40	2	2	100
Hernia subcoecalis	0	0	0	1	1	100
Invaginatio acuta	6	0	0	9	0	0
Razem	59	21	35·6	40	14	35

Zamknięcie.

Postać zamknięcia	Przypadki dawne			Przypadki nowe		
	Liczba leczonych	Liczba wyleczonych	% wyleczeń	Liczba leczonych	Liczba wyleczonych	% wyleczeń
Invaginatio chronica	1	0	0	8	8	100
Infractio	4	3	75	6	5	83·3
Accretion. diffus.	6	1	16·6	1	0	0
Compressio	2	1	50	2	0	0
Obturatio	0	0	0	3	2	66·6
Occlusio e cicatrice	2	1	50	1	1	100
Tbc. intestini	6	3	50	2	2	100
Carcinoma	11	3	27	2	0	0
Razem	32	12	37·5	25	18	72

Z zestawienia tego wynika, że w uwięzgnięciu nie zdołaliśmy mimo nabytego doświadczenia i udoskonalonej techniki postąpić naprzód; wynik wobec późnego zgłaszania się chorych, pozostaje niezmieniony.

W gromadzie zaś zamknięcia stosunki się znacznie na korzyść zmieniły; osiągnęliśmy bowiem prawie 2 razy lepsze wyniki niż przed r. 1893.

Wobec tego, że stan zgłaszających się chorych w porównaniu ze statystyką dawną pozostał niezmieniony, należy odnieść to znaczne polepszenie wyników w ostatnich latach jedynie do wydoskonalenia techniki operacyjnej, a w pierwszym rzędzie do postępowania aseptycznego, które Obaliński w tym czasie wprowadził.

IV. Oceny i sprawozdania.

O leczeniu duru brzusznego wyciągiem przeciwdurowym.

Dr. Jeż. „Ueber Typhusbehandlung (Abdominaltyphus) mit einem Antityphusextract“ *(Wiener med. Wochs.* 1899 p. 346).

Autor w poprzedniej swej pracy: *Ueber antitoxische u. therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenem. Abdominaltyphus* (98 r. Nr. 19 *Wiener med. Wochenschrift)* doszedł do przeświadczenia, że w surowicy krwi ozdrowieńców po durze antytoksyczne i ochronne ciała znajdują się w zbyt małej ilości, by surowicy takiej można było użyć w celach leczniczych. Taki sam wynik otrzymał autor, posługując się do leczenia duru brzusznego zamiast surowicy ludzkiej surowica krwi królików, uodpornionych przeciw tej chorobie. Te okoliczności naprowadziły autora na myśl, że nie we krwi należy szukać istot leczniczych dla duru, lecz w rozmaitych narządach zwierząt. A ponieważ według doświadczeń Wassermanna, Kitasato i Briegera za źródło tworzenia się antytoksyn należało uważać grasicę, więc w tym gruczole zaczął Dr. Jeż poszukiwać ciał ochronnych dla duru, bez jakiegokolwiek jednak dodatniego wyniku w tym względzie. Wtedy autor zwrócił się do teoryi „bocznych łańcuchów“ (Seitenkettentheorie) Ehrlicha i przypuszczając, że w prawidłowych narządach królików znajdzie składniki, które z wytworzonymi przez prątki durowe jadami dadzą po przejściu do krwi chemiczne połączenia o własnościach antytoksycznych, począł z mózgu, rdzenia kręgowego, wątroby, śledziony i szpiku kostnego tych zwierząt sporządzać rozmaite wyciągi, które następnie w postaci wstrzykiwań podskórnych lub wewnątrzotrzewnowych stosował królikom, zakażając je przedtem lub jednocześnie durem (hodowlami bulionowemi). I te jednak usiłowania nie doprowadziły do pożądanego skutku; zwierzęta w ten sposób traktowane padały bez wyjątku. W tak niepomyślnych warunkach autor zwrócił uwagę na doświadczenia Wassermanna, według których prawidłowe narządy królików wtedy posiadają własności antytoksyczne, gdy poprzednio zwierzętom tym zaszczepi się prątki durowe martwe lub żyjące, jednem słowem zakazi się je durem. Powtórzywszy te doświadczenia Wassermanna i przekonawszy się o ich zupełnej słuszności, o czem mają świadczyć wyciągi z protokółów, odnoszące się do dwóch królików, autor zabrał się do sporządzenia swego „wyciągu przeciwdurowego“. W tym celu wyjmował bezpośrednio po śmierci królików, które padły lub zostały umyślnie zabite po uprzedniem zakażeniu hodowlami bulionowemi prątków durowych, rozmaite narządy tych zwierząt (grasicę, śledzionę, szpik kostny i mózg), siekał je drobno i rozcierał w moździerzu z solą kuchenną, alkoholem, gliceryną, z małemi ilościami karbolu i pepsyny (w jakim stosunku, niewiadomo. *Rf).* Otrzymywał w ten sposób miazgę, którą przez 24 godzin wymrażał, a następnie przesączał (przez co? przyp. ref.). Przesącz czyli „wyciąg przeciwdurowy“ nie posiadał żadnych własności bakteryobójczych względem prątków durowych, nie dawał odczynu Widala, lecz w wysokim stopniu posiadał własności antytoksyczne. Zastosowany wewnętrznie u ludzi w przypadkach duru brzusznego (wstrzykiwania dawały niepomyślne wyniki) w ilości 2—5 łyżeczek od kawy co 2 godziny zmieniał ten wyciąg tor gorączki ze stałej na zwalniającą aż do zupełnego jej spadku, zmieniał tętno małe, częste, a nieraz dwubitne, na silne, pełne i miarowe, wywoływał znakomitą poprawę stanu ogólnego chorych, usuwał śpiączkę, majaczenie i t. d. Już po dwóch tygodniach choroby robili leczeni wrażenie ozdrowieńców, a nawet byli puszczani do domu, jako zupełnie uzdrowieni. Żadnych ubocznych objawów autor nie zauważył. Doświadczenia swoje przeprowadził Dr. Jeż na 18 chorych, z czego przytacza 3 tablice krzywych ciepłoty i tętna. Oprócz swego wyciągu stosował autor wszelkie wskazane w przebiegu duru zabiegi dyetetyczno-hygieniczne.

Brak tablic, wykazujących przebieg choroby, jak również danych, na których opierało się rozpoznanie duru brzusznego, a wogóle nadzwyczaj pobieżny opis doświadczeń, nie pozwalają w należyty sposób ocenić wartości środka leczniczego, zastosowanego przez autora, budząc poważne pod tym względem wątpliwości. *Dr. N. K.*

V. Wyciągi.

A. Köhler: **Leczenie przewlekłego wrzodu podudzia.** *(Samml. klin. Vortr.* Volkmanna, Nr. 231). Gdy lekarzowi uda się wygoić wrzód podudzia, wtedy nikt o tem nie mówi, boć to był tylko wrzód. Kiedy jednak mimo leczenia wrzód się zabliźnić nie chce, powiada się wówczas o lekarzu: ten, to nawet wrzodu wygoić nie potrafi. A naprawdę cierpienie to jest bardzo uporczywem i w każdym przypadku trzeba walczyć z kilkoma trudnościami. Jedną z pierwszych — to stosunki społeczne, które nie pozwalają choremu odpowiednio się leczyć. Dziś dzięki licznym szpitalom i zakładom dobroczynnym przeszkoda ta już prawie usuniętą została. Gdyby tylko nie wchodziła tu w grę zła wola samych chorych, którzy i teraz wyznają przesąd, dawniej i w urzędowej medycynie obowiązujący, że przez wrzody, ustrój wydziela ze siebie złe soki i wierni temu przekonaniu nietylko zwlekają z leczeniem się, lecz często czynnie udaremniają najlepsze chęci lekarza. W pewnych razach lekarz zwrócić powinien uwagę i na ogólne zmiany w ustroju, których wrzód na goleni może być objawem, jak kiła, lub które podtrzymują go, jak choroby serca, nerek i inne siły ustroju podkopujące cierpienia przewlekłe. Także stosunki miejscowe (napięcie skóry, jej stosunek do podstawy) nie są bynajmniej korzystne dla gojenia się tych spraw. Ostatni niekorzystny wpływ zobojętnia tylko częściowo nadzwyczajna troska o czystość i dobre odżywienie skóry. W znacznej jednak liczbie przypadków żylaki są głównym niekorzystnym współczynnikiem, i to tak często, że leczenie wrzodu nakrywa się z leczeniem żylaków. A przeciw żylakom walczymy oddawna i wieloma środkami. Zawijania rozmaitego rodzaju opaskami (Martin, u nas Gabryszewski, przylepcem (Baynton), rozmaitego rodzaju pończochy i kamasze, miejscowy ucisk na żyłę podskórną odgoleniową *(v. saphena maj.)* (Ravoth, Colles, Sanson, Starton, Landerer), wyczerpują główne sposoby leczenia łagodzącego. Następują zabiegi takie, jak: elektropunktura, wstrzykiwanie do żył rozmaitych, krzepnięcie krwi, wywołujących ciał, wstrzykiwanie wyskoku w tkanki, otaczające żyłę itd. itd. W końcu cały szereg sposobów i nazwisk, prawdziwa litania z Hipokratesem i Celsusem na czele, a Trendelenburgiem u końca, zalecających okłówanie i podwiązywanie żył podudzia przezskórnie, podskórnie, w otwartej ranie etc. Dziś wybieramy bez namysłu sposób Trendelenburga podwiązywania i wycinania kawałków z żyły podskórnej odgoleniowej *(v. saphena magna)*, szukając jej na wewnętrznym brzegu m. krawieckiego *(m. sartorius).* Sposób w zasadzie łatwy i bez niebezpieczeństw, wyjątkowo może być bardzo trudnym (autorowi dwa razy zdarzyło się, że żyły tej nie mógł odnaleść wcale) i niebezpiecznym (Köhlerowi umarł jeden chory skutkiem zatoru tętnicy płucnej skrzepem, oderwanym z dośrodkowego odcinka podwiązanej żyły). Takiem podwiązaniem usuwa się przekrwienie bierne i znosi bóle dokuczające choremu. Zwykle jednak musimy, aby rozmiękczyć naciekłe i niepodatne brzegi obwodowe wrzodu i przyspieszyć wygojenie, stosować okłady wysychające na wrzód, lub przeciągłe kąpiele ciepłe, dodać okrojenie *(circumcisio)* Nussbauma, miesienie lub pokryć dno wrzodu w sposób znany, którymkolwiek sposobem: Wolfego, Krausego, Reverdina, Thierscha etc., nie zaniedbywać zawijań opaską Martina i zakładać opatrunki klejowo-cynkowe. Sam wrzód opatrywać trzeba przeciwgnilnie, unikając jodoformu, który zwykle sprowadza wyprysk, a obojętnem już jest, czego użyjemy, bo nie proszki i maści goją wrzód, ale tkanki

otaczające. Mimo to wszystko i dziś nie unikniemy tego, aby w jednym lub drugim przypadku nie wykonać z powodu wrzodu i odjęcia podudzia, wypiłowania kości pod owrzodzeniem (Martel a właściwie Jasiński, przyp. ref.), modyfikowanej operacyi Władymirow-Mikulicza (Niché) odmiany operacyi Symego, poleconej przez Keetleya (lub o wiele pewniejszej odpowiednio zmienionej operacyi Pirogowa, zaleconej przez Rydygiera: osteodermoplastyczna amputacya stopy. „Przegl. lek.“, 1888, Nr. 26. Przyp. ref.).

Herman.

Prof. Landerer: **Leczenie gruźlicy kwasem cynamonowym.** (Lipsk, F. C. W. Vogel, 1898, str. 308, z tablicami mikrofotograficznemi). Pochop do zastósowania kwasu cynamonowego w gruźlicy wziął autor z powszechnie uznanego przekonania, że balsam peruwiański leczy miejscowe sprawy gruźlicze, a kwas cynamonowy jest, jak wiadomo, głównym składnikiem balsamu peruwiańskiego. L. zaczął od wstrzykiwania zawiesiny balsamu p. do żyły, potem przeszedł do samego kwasu cynamonowego, jednak sposoby te były bardzo niewygodne. Dopiero uzyskawszy nowe połączenie przez gotowanie kwasu cynamonowego z dwuwęglanem sodowym, mógł rozpocząć próby w szerszych rozmiarach. Połączenie to, tak zwany hetol, jest rozpuszczalne w wodzie w stosunku 1:20 i da się dobrze wyjaławiać. L. używa rozczynów 1—5%, obojętnie lub słabo zasadowo oddziaływujących, wodnych lub 0·6% solnych (t. j. chlorku sodowego). Rozczyn przesączony, wyjałowiony przez 5 minut, przechowuje się w ciemnych naczyniach; przed samem użyciem zagotowuje się jeszcze przez 3 minuty. Wstrzykiwania, oczywiście z zachowaniem najściślejszej czystości, robi się w okolicy łokcia w żyły, nabrzmiałe po założeniu przepaski uciskającej.

Wszelkie rodzaje spraw gruźliczych mają się nadawać do takiego leczenia, tak gruźlica płuc, jak innych narządów, kości i t. d. W gruźlicy płuc zaczyna L. od 0·0005—0·001 hetolu i co 2 dni zwiększając dawkę o $^1/_2$ mg (później po przyzwyczajeniu się chorego o $2^1/_2$ mg.), dochodzi do największej dawki 25 mg., którą nawet czasami podwaja u silnych osobników (więc aż do 0·05 hetolu). Gorączka wyższa, skłonność do krwotoków, osłabienie serca, wymagają wogóle niższych dawek. W świeżych sprawach zapalnych, podobnych do zapalenia płuc, należy przerwać leczenie. W gruźlicy miejscowej obok wstrzykiwań żylnych hetolu, używa też L. miejscowo połączeń: cinnamylmetakresol lub hetokresol, a do wstrzykiwań do ropni gruźliczych mięszanki hetokrezolu z jodoformem (2:1 lub 1:1), rozcieńczonej w 8 częściach 3—5% rozczynu kwasu karbolowego.

Kwas cynamonowy ma być nieszkodliwy dla ustroju zdrowego, a rozwijać swoje działanie tylko wobec jadu gruźliczego. Działanie to objawia się hyperleukocytozą, a miejscowo takiemi zmianami ognisk gruźliczych, jakiemi się odznacza dobrowolne zabliźnianie się gruźlicy. Pod działaniem kw. cynamonowego ma powstawać naprzód stan zapalny, potem bujanie świeżej tkanki łącznej i nowych naczyń włosowatych, a w końcu po wessaniu cząstek zmartwiałych zbliznowacenie ogniska gruźliczego. Za zapatrywaniami autora zdają się przemawiać liczne doświadczenia i próby na chorych, zebrane w 241 opisach przypadków, a poparte rozbiorami zwłok i objaśnione dodanymi do dzieła mikrofotogramami. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

E. Kraus: **O zastosowaniu mączki Kufeka do sztucznego żywienia dzieci zdrowych i cierpiących na choroby przewodu pokarmowego.** (*Allg. Wiener medic. Zeitung*, 45, 1898). Skąpa ilość śliny i niedostateczne działanie trzustki w pierwszym okresie życia wykluczają z góry użycie tych mączek, które zawierają skrobię, jako taką. W pierwszych 6 miesiącach strawieniu uledz mogą tylko przetwory, zawierające dekstrynę i cukier, t. j. wodniki węgla w postaci rozpuszczalnej. Taką właśnie jest mączka Kufeka. Według rozbioru prof. Eschericha zawiera ona w porównaniu z mączką Nestla blisko 3 razy więcej wodników węgla, w wodzie rozpuszczalnych. Biedert sądzi, że zmięszana z mlekiem zapobiega ona zbijaniu się sernika mleka krowiego w duże płaty. Z powodu tych własności odpowiedniem jest podawanie dzieciom, sztucznie żywionym, mięszaniny mleka nie z wodą, lecz z polewką, przyrządzoną z tej mączki w stosunku odpowiednim do wieku dziecka.

Doświadczenia własne autora odnoszą się do 12 dzieci, między 3—5 miesiącem życia, żywionych w powyższy sposób z pełnym wynikiem dodatnim. Również dobre wyniki osiągnięto u dzieci, które poprzednio, żywione czystem mlekiem, okazywały pewne przypadłości ze strony przewodu pokarmowego. W tych przypadkach kilkodniowe podawanie polewki, przyrządzonej z mączki Kufeka, usuwało cierpienie. Ważnem jest, że tak czysta polewka, jak i mięszanina jej z mlekiem dadzą się bez szkody dla strawności i smaku wyjałowić w przyrządzie Soxhleta. *P. M.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Pyramidonum (*Dimethylamido-phenyldimethylpyrasolon*) jest to żółtawo-biały, krystaliczny proszek, nie posiadający prawie smaku, a rozpuszczalny w wodzie w stosunku 1:10.

Według badań licznych autorów, posiada pyramidon własność obniżania gorączki, a przewyższa w tym kierunku bezwarunkowo antipirynę; podają go też przy ostrym gośćcu stawowym zamiast salicylanu sodowego. Największe jednak zastósowanie znaleść powinien ten środek w gorączkowych chorobach zakaźnych, jak gruźlica płuc, dur brzuszny, płonica i t. d. Dawka dzienna dochodzić może do 3 grm.

Zapisywać najlepiej:

Rp.: Pyramidoni 0·3—0·75
Dentur tales doses Nr. X
S.: w razie potrzeby rozpuścić 1 proszek w wodzie i zażyć.

Pyrogallolum oxydatum. Unna utrzymuje, że zapomocą tego środka można leczyć trąd. Nie wywołuje on sztucznego zapalenia zdrowej skóry, nie czerni moczu, a nie niszcząc ciałek czerwonych, nie zatruwa ustroju, jak to przy stósowaniu pyrogalolu spostrzegano. Unna poleca natrzeć całe ciało chorego dwa razy dziennie maścią według przepisu:

Rp.: Pyrogalloli oxydati 50·0
Acidi salicylici 60·0
Lanolini 900·0
M. f. unguentum.
Ds.: zewnętrznie.

Zamiast *Ol. gynocardiae*, wstrzykiwanego dawniej podskórnie w początkach leczenia, podaje się równocześnie *pyrog. oxyd.* wewnętrznie; na litr esencyi cytrynowej dodaje się 50 grm. tego środka i z tego wypija chory 4 łyżki dziennie (= 2·5 grm. przetworu).

Phesinum jest to czerwono brunatny, lekki, bezpostaciowy proszek, bez zapachu, o smaku słonawym, nieco piekącym, w wodzie bardzo łatwo rozpuszczalny.

Cosaprinum, proszek szary, bezpostaciowy, bez zapachu, o smaku nieco słonym, w wodzie bardzo łatwo rozpuszczalny.

Phesinum jest to sulfo-deriwat fenacetyny, *cosaprinum* zaś antyfebryny. Ponieważ zaś oba te przetwory są bardzo łatwo w wodzie rozpuszczalne, działają szybko, a ustrojowi zupełnie nie szkodzą, niezawodnie wywalczą sobie prawo bytu w terapii.

Dr. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

M. Joseph zestawia (*Berl. klin. Z.* 110) wszystkie choroby skóry głowy z praktycznego punktu widzenia razem. Przy wypryskach u dzieci usunąć należy przedewszystkiem strupy zapomocą oliwy, poczem dopiero stósować należy maści obojętne. U starszych zaleca wcierać dwa razy dnia (bez obcinania włosów) maść: *Hydr. sulf. rubr. 1,0 Sulf. subl. 24,0 Ol. Berg. gtt. 25. Vasel. flav. ad 100,0*, zakazując zmywać głowę, aż po 4—5 dniach, gdy strupy dobrze rozmiękną, poczem dalej maść. Ostatni okres

suchy leczy zapomocą natłuszczania co wieczór oliwą lub maścią (*Ac. salicyl. 1,0 Tinc. Benz. 3,0 Vaselin. ad 30,0*). Przy *e. seborrhoicum* każe codziennie wcierać: *Tct. Canthar 4,0 Spir. Lavand. Rosmar. aa 50,0* i następowo natłuszczać: *Resorc. 1,0 Sulf. praecip. 4,0 Vaselin ad 50,0*.— Łuszczycę głowy leczy zapomocą 10% maści pyrogallusowej, 10% tlenku rtęc. białego lub 10% gallonolu. Podobnie trądzik ospowaty smarować każe wieczór powyższą maścią rtęciową, a rano zmyć łagodnem mydłem. — Przy wypadaniu włosów w kile używa obok ogólnego leczenia rtęcią smarowania maścią rtęciową białą lub rozczynem sublimatu, a owrzodzenia kiły późnej okłada rozcz. sublimatu 1:500, maścią rtęc. białą lub też posypuje kalomelem. *F. K.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1899 r.

Przewodniczący: kol. Prof. Gluziński. Obecnych członków 32.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Odnośnie do wygłoszonego na ostatniem posiedzeniu odczytu kol. Doc. Wehra: »O zeszywaniu ran serca«, demonstrował radca dworu, Prof. Rydygier, na zwłokach swoją metodę operowania klatki piersiowej, celem odsłonięcia worka sercowego; poczem toczyły się ożywione rozprawy nad wspomnianym odczytem kol. Wehra.

W dyskusyi zabierali głos:

Kol. Prof. Prus: sądzi, że chirurgia serca ma wielką przyszłość, a zdanie to opiera na wynikach badań doświadczalnych nad wskrzeszaniem zwierząt w przypadkach śmierci z uduszenia lub zatrucia chloroformem. Mowca nadmienia, że już od kilku lat przedstawia swym słuchaczom wśród wykładów doświadczenia Boehma, który wykazał, że koty zabite bądź to przez uduszenie, bądź też przez zatrucie chloroformem, można wskrzesić przy pomocy mięsienia serca i sztucznego oddychania po upływie kilku, kilkunastu a nawet 40 minut, licząc od chwili ustania oddechów i ruchów serca. Mięsienie serca nietylko wprawia krew w ruch podobnie jak skurcz serca, lecz także pobudza serce rytmicznie. Po pewnym czasie mięsienia pojawiają się zwykle samoistne skurcze przedsionka prawego i komórki prawej, a później także przedsionka i komórki lewej, następnie powraca samodzielny oddech, poczem zjawiają się odruchy, a wreszcie ruchy dowolne. Zwierzęta w ten sposób wskrzeszone, są przez kilka dni ślepe, czynność mózgu odbywa się leniwo, a w moczu znajduje się cukier. Kol. Prof. Prus dodaje, że tego rodzaju doświadczenia wykonywał na królikach i psach i że u zwierząt tych otwierał klatkę piersiową nie tylko w celu dokładnego określenia chwili ustania wszelkich ruchów serca wskutek śmierci z uduszenia lub zatrucia chloroformem, lecz także w celu należytego rytmicznego naciskania serca, ujętego wprost w palce, oraz w celu ścisłego spostrzegania wszelkich budzących się samodzielnych ruchów serca, a względnie drgań włókienkowych (delirium cordis).

Otóż na podstawie tych doświadczeń wyraża mowca przypuszczenie, że nawet i u ludzi w przypadkach śmierci z uduszenia, zatrucia chloroformem, rażenia piorunem itp. można mieć nadzieję wskrzeszenia zmarłego, jeżeli po bezskutecznych usiłowaniach cucenia przystąpimy do odsłonięcia serca według metody podanej przez Radcę dworu Prof. Rydygiera i zastosujemy bezpośrednie mięsienie serca obok sztucznego oddychania; pamiętać bowiem musimy, że z chwilą ustania oddychania i ruchów serca, a więc z chwilą śmierci, nie znika jeszcze pobudliwość tkanek. I tak np. stwierdzono, że serce psa może wśród pewnych warunków zachować swą pobudliwość nawet przez 96½ godzin po śmierci zwierzęcia. W końcu nadmienia mowca, że w przypadkach, w których wśród zeszywania rany serca, serce bić przestało, lub okazuje drgania włóknienkowe, należy również zastosować mięsienie serca celem pobudzenia go do rytmicznej czynności.

Radca Dworu Prof. Rydygier podnosi, jako ważne zalety cięcia trójkątnego, szybkość, pewność i łatwość jego wykonania. Cięcie zaś poprzeczne utrudnia operacyę i może sprowadzić skaleczenie przepony. Idąc zaś przy cięciu trójkątnem ponad III żebro omija się niemiłą sposobność zranienia przedsionka. W odpowiedzi kol. Prusowi, odnośnie do wzmianki o wykonywaniu mięsienia samego serca u kotów, zaznacza, że mięsienie serca przez klatkę piersiową zastosowuje się w chirurgii z pomyślnym skutkiem od lat 4 na ludziach, jako sposób ratowania w razie osłabienia akcyi serca. Prof. Rydygier opisuje, w jaki sposób wprowadził je do praktyki Mass, asystent Koeniga.

Kol. Prof. Kadyi zwraca uwagę na okoliczność, że akcyę serca może upośledzać krew wylewająca się przy zranieniach do worka osierdziowego, działając tamująco na czynność serca. W takich razach już samo otwarcie worka osierdziowego może przywrócić akcyę serca i uratować chorego

Kol. Prof. Beck nie podziela obaw Prof. Rydygiera co do absolutnego niebezpieczeństwa zranienia przepony. Ono może istnieć tylko przy gwałtownych ruchach chorego, podczas gdy przeciwnie przy głębokich wdechach wskutek niskiego ustawienia się przepony niebezpieczeństwo to ustaje. Co do mięsienia, mowca zapatruje się mniej optymistycznie; doświadczenia przekonały go bowiem, że skutek mięsienia zależy od gatunku zwierzęcia: u kotów np. może je przywrócić do życia, u psów zaś nie daje zamierzonego wyniku.

Kol. Prof. Prus, wspomniawszy o wpływie elektryczności na czynność serca i przytoczywszy spostrzeżenia Ziemssena nad wpływem prądu stałego na serce Katarzyny Serafin, oświadcza, że z największą gotowością przedstawi na jednem z najbliższych posiedzeń swe doświadczenia nad wskrzeszaniem.

Kol. Obtułowicz stwierdza na podstawie własnych spostrzeżeń zdanie Dra Prusa, iż stan porażenny serca i ustanie oddechów nieraz są dalekie od chwili śmierci rzeczywistej, która dopiero po wielu godzinach następuje. Pod tym względem interesującym okazuje się przypadek, opisany przez Dr. O. w rozprawie jego »o dyfteryi« z r. 1886 (str. 68), gdzie 3-letni chłopczyk (A. Ag.), dotknięty błonicą i skutkiem tego operowany (tracheotomia), trzeciego dnia po tym rękoczynie zmarł skutkiem porażenia serca w obecności Dra O. i drugiego lekarza. W chwili śmierci zastrzyknął mu Dr. O. kilka strzykawek eteru siarkowego podskórnie. W godzinę blisko po ustaniu ruchów serca i oddechów, gdy Dr. O., wydawszy kartkę śmierci, miał już odjeżdżać, nagle chłopczyk ten podniósł się w łóżeczku i począł spokojnie oddychać, oraz tętno jego znów stało się wyczuwalnem. Przez 9 godzin żył jeszcze ten chłopczyk i budził wszelkie nadzieje ocalenia, lecz potem nagle upadł na poduszki i zmarł skutkiem porażenia serca po błonicy. Tym razem już zastrzykiwania eteru i sztuczne oddychanie nie zdołały ocucić zmarłego. Drugi przypadek dotyczył 60-letniego właściciela dóbr A. S, który zadusił się skutkiem zwężenia krtani i polipów krtaniowych. Dr. O., przypadkiem wezwany do tego chorego, mógł wykonać tracheotomią na pozornie zmarłym, dopiero w blisko godzinę po jego zaduszeniu się.

Mimo tego rękoczynu i mimo różnych środków trzeźwiących i podniecających, wstrzykiwanych podskórnie, nie można się było docucić zaduszonego i bez nadziei prawie pracował Dr. O. wraz z drugim lekarzem nad cuceniem zapomocą sztucznego oddechania i ugniatania klatki piersiowej. Dopiero po 3 godzinach mozolnej pracy zdołał Dr. O. wywołać pierwsze objawy powracającego życia, a przez założenie szerszej rurki tchawiczej i nadłamanie przy tej sposobności zwapniałej chrząstki pierścieniowej wywołał Dr. O. taki odruch, iż zaduszony odrazu usiadł i odzyskał przytomność, a po usunięciu przez Dra O. polipów krtaniowych, żył jeszcze 3 lata.

Dr. O., potrącając jeszcze o literaturę dotyczącą ran serca, omawia statystykę Fischera, który przytacza 452 przypadków zranień serca, z której to liczby 72 przypadki zakończyły się samoistnem wyleczeniem. Z cyfry tej znów przypada połowa, bo 36, na przypadki, w których wyleczenie samoistne stwierdzonem zostało następnie przez obdukcyę. Niewątpliwie zaś nader interesującym jest przypadek, dotyczący szewca z Bologii, u którego skutkiem przebicia serca sztyletem nastąpiło samoistne wyleczenie, lecz niezupełne, bo wytworzyła się w następstwie tego urazu niedomykalność zastawki dwukończystej. W ciągu kilku miesięcy wywiązało się osłabienie mięśnia sercowego i brak kompensacyi z następową puchliną, a gdy śmierć nastąpiła, — dokonano obdukcyi, która wykazała bliznę w ścianie komórki lewej i przecięcie nitek ścięgnistych, biegnących od mięśni brodawkowych do zastawki dwukończystej. Przypadek ten dowodzi również, że, o ile okoliczności pozwolą, lepiej nie spuszczać się na siły natury i szczęśliwy zbieg okoliczności, lecz racyonalniejszą zdaje się być rzeczą, próbować zeszyć serce, bo blizna po zeszyciu niewątpliwie będzie silniejszą i, w razie szczęśliwego przebiegu przypadku, zapewni operowanemu lepszą przyszłość (autoreferat).

Nadto zabierali jeszcze głos w dyskusyi kol.: prof. Gluziński, prof. Ziembicki i Wehr.

3. Kol. Hojnacki wygłosił odczyt p. t.: »*Przypadek ciężkiej gorączki połogowej, leczonej surowicą Marmorka*«.

Dyskusyę nad tym odczytem, z powodu spóźnionej pory, odłożono do następnego posiedzenia.

Lwów, dnia 8 marca 1899.

Sekretarz: *Dr. Papée.*

VIII. Korespondencya.

Lwów, marzec.

Sprawa założenia we Lwowie domu zdrowia zdaje się być pomyślnie załatwioną. Jeden z kolegów, zrzekając się własnej praktyki, urządza dom taki według wszelkich wymagań naszych wiadomości o aseptyce i t. p. Odpadnie zatem potrzeba dokonywania ciężkich operacyj po szpitalach i klinikach i związana z nią potrzeba zastanawiania się, czy i w jakich przypadkach można prywatnych chorych pomieszczać w oddziałach szpitalnych, czy i w jakich przypadkach można od nich przyjmować honorarya. Że sprawy honoraryów jednem cięciem rozstrzygnąć nie można, to pewna. Uchwała sejmowa z 22 maja 1875 r. w § 34 powiada: „Oprócz taksy nie wolno pobierać od chorych żadnej należytości pod jaką bądź nazwą“, ale to niczego nie stanowi, bo ta sama uchwała w § 9 powiada: „Dyrektor obowiązany jest mieszkać w szpitalu“, w § 17: „Sekundaryusze obowiązani są mieszkać w szpitalu;“ — dalej poprzednia uchwała z 3 października 1871 r. w art. II, § 2, lit. d powiada nawet: „Praktykanci otrzymują zasiłek (adjutum) rocznie po 400 złr.“ Tymczasem ani dla dyrektora, ani dla sekundaryuszów nie ma pomieszczenia w szpitalu, a z praktykantów czasem, któryś, dostanie koło Bożego Narodzenia 50 złr. „na rybę“. Więc ustawę tę krytykować wolno. Zresztą wielkie też pytanie, czy we wspomnianym § 34 ustawodawcy mieli na myśli lekarzy, boć § 37 tejże uchwały mówi: „Chorym wolno na własny koszt, za porozumieniem się z lekarzem ordynującym, zawezwać do narad lekarskich innych lekarzy, bądź to szpitalnych, bądź z poza ich grona“. Mniejsza z tem; nie znam się na prawie, wiem tyle, że chorzy płacili za operacye, dokonywane w szpitalach tutejszych, nim jeszcze kliniki przyszły i że mimo wszystko działoby się tak samo i w przyszłości, bo lekarz, jeśli może, z pewnością postara się o jak najlepsze umieszczenie dla chorego, a takiem jak dotąd były tylko szpitale, posiadające sale operacyjne i przyrządy sterylizacyjne. Między chorymi zaś jeszcze nie zupełnie zaginął typ ludzi, którzy w jakikolwiek sposób postaraliby się wywdzięczyć owemu lekarzowi za jego trudy.

Nie dziwić się jednak Wydziałowi krajowemu, obowiązanemu do kontroli nad oddziałami szpitalnymi, a więc i nad klinikami lwowskiemi, które według niefortunnej ugody z rządem są nimi także, że wobec coraz głośniej szerzących się pogłosek, jakoby w ambulatoryach klinicznych kazano płacić zgłaszającym się chorym, — zapytał poufnie dyrektora szpitala, zwierzchnika klinik pod względem materyalnym, ile w tej pogłosce jest prawdy? Pogłoski były nieprawdziwe; poszły ztąd, że odźwierni kliniczni wyjaśniali prywatnym chorym, zgłaszającym się poza godzinami ambulatoryum klinicznego, że tylko w takie godziny mają prawo do bezpłatnej porady, a o każdej innej porze jedynie za opłatą mogą zasięgać porady. Niestety, dyrektor ówczesny, kierując się niezrozumiałemi wobec klauzuli „poufnie“ pobudkami, nieoględnie kazał odpisy porobić i, wraz z ową klauzulą „poufnie“, kierownikom klinik rozesłał, czem wywołał oburzenie, odpowiedź szorstką i zaostrzenie stosunków.

Odpowiedzialność za ten postępek stanowczo nie ciąży na Wydziale krajowym. Winne tu stosunki, dwoistość naszych urządzeń, zabytki z czasów zbrojnego zajęcia kraju. Jestto mniej więcej tak: „ja ci daję rządcę, coś w rodzaju sekwestratora, a ty go płać“. Dyrektor szpitala, płatny przez kraj, mianowany był z Wiednia, i mimo wieku ustąpić własnowolnie nie chciał. Wszak już po usunięciu go podniesiono kwestyę, czy to jest dopuszczalne, — odwołano się nawet w tej sprawie do trybunału państwowego, jeśli się nie mylę. Jest jednak nadzieja, że jeżeli za czasów Agenora Gołuchowskiego kraj w podobnym przypadku podobnie postąpił, to tem mniej dzisiaj, w okresie rozszerzenia autonomii, władze centralne oponować będą.

Dualizm naszych stosunków daje się odczuć na każdym kroku. On spowodował nieporozumienia między Wydziałem krajowym, a Wydziałem lekarskim. Mianowani przez rząd, a więc niezależni profesorowie kliniczni, traktują Wydział kraj. jak szafarza, któremu dajemy polecenia, lecz nie liczymy się z jego zapatrywaniami, a zależność od niego uważalibyśmy sobie za ujmę. Gdy więc poddano ostrej krytyce urządzenia klinik, strona przeciwna zbyt skwapliwie uznawała za przesadne wszelkie żądane przez profesorów zmiany i uzupełnienia, tem bardziej, że kraj i tak poniósł w tej sprawie ciężar wielki, niemal nadmierny, a poniósł go w chwili, kiedy frekwencya słuchaczów medycyny (nietylko w Galicyi) ogromnie zmalała, kiedy rzucono pytanie, czy rzeczywiście potrzebnym był drugi Wydział lekarski w Galicyi [1]). Wydział krajowy, przyzwyczajony w czasie urządzań do „krakowskiego targu“, chce podobno teraz znowu targować się o wydatki bieżące, które go już nic a nic nie obchodzą, bo mają być zwrócone ze skarbu państwa. Znaleźli się też ludzie, którym jest dobrze w mętnej wodzie. Jeden przychodzi do Wydziału krajowego i opowiada: „na ten a ten oddział zapisano kilo masła deserowego; na co? chybaż maści zeń robić nie będą; pewnie asystent daje śniadanie“. Inny przychodzi do któregoś z profesorów z okropną wieścią: „referent krajowy tak się złościł na pana, aż pięści zaciskał“. Niesnaski rosną ku uciesze czytelników pism codziennych, których kroniki pomieszczają senzacyjne artykuły: Zatarg Wydziału krajowego z Wydziałem lekarskim. Publika zaś chętnie bawi się sprawami, które nas głębiej dotykają, bo my nie mamy sympatyi. Nie mamy jej jako stan, chociaż jako jednostki bywamy bardzo cenieni.

„Heute nach sechsjähriger Thätigkeit sehen sich die österreichischen Aerzte-Kammern gezwungen zu erklären, dass sie die auf sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllen können...“ — „Die bisherige Thätigkeit der Kammern hat zur unumstösslichen Gewissheit erhoben, dass der ärztliche Stand in einem bedrohlichen Niedergange und Verfalle begriffen sei...“ —

Oto przegrywka pisma, jakie rakuskie Izby lekarskie przygotowują, jako memoryał adresowany do rządu, a domagający się od niego poprawy warunków naszego bytu. Szanowni reprezentanci nasi *sine ira* rozstrząsają powody upadku naszego stanu i wyliczają ich dużo. Więc: trudne warunki zarobkowania w ogólności, w szczególności zaś partactwo i popularyzowanie wiedzy lekarskiej. Nadmiar lekarzy w stosunku do zapotrzebowania; nieprzygotowanie ich do zarobkowania, boć szkoły dają wiedzę, a nie mogą uczyć, jak z tej wiedzy czerpać środki do życia. Dalej: brak silnej organizacyi stanu naszego, a wreszcie, choć przedewszystkiem, lekceważenie naszego stanu przez wszystkie władze, więc: gminne, których płatni funkcyonaryusze-lekarze, poddając się zwierzchnictwu ludzi niewykształconych i tracąc swe prawa obywatelskie, jak prawa biernego wyboru, otrzymują w zamian za swą pracę gdzieniegdzie nawet tylko 75 złr., bez zaopatrzenia na przyszłość. Więc: sądowe, których taksy za czynności lekarskie, w stosunku do dzisiejszej wartości pieniędzy, oznaczone są o jedno stulecie wstecz; które też, obłożywszy lekarzy przymusem zawodowym, nie bronią ich wcale, — nietylko ich, ale całej ludności, przed partaczami. Wreszcie rząd, który całem swem postępowaniem i ustawodawstwem, jak zaprowadzenie Kas chorych z dążnością obniżenia wartości pracy lekarskiej i takiem traktowa-

[1]) Na to pytanie odpowiem w jednej z następnych korespondencyj.

niem zaprowadzonych przez się Izb lekarskich, że na 167 podań, przez Izby wniesionych, 87 razy wcale nie odpowiedziano, 34 — odmownie, 23 wymijająco, a tylko 23 przychylnie je załatwiono, — znaczenie tego stanu podkopuje. I Izby mają słuszność, stwierdzając to nieprzychylne dla nas stanowisko wszelkich ciał ustawodawczych, władz, społeczeństwa całego, bo my jako warstwa społeczna nie mamy sympatyi.

Na ten ujemny stan rzeczy złożyło się mnóstwo przyczyn. W pierwszej linii stan wiedzy naszej, która wcale nie jest matematyką. Już przy rozpoznawaniu, gdy jeden mówi *a*, drugi *b*, rozsądzenie sporu możliwe dopiero na stole sekcyjnym; tam zaś, gdzie idzie o terapią, nie ma i takiej instancyi. Lekarz, żyjący w ciągłej o swego chorego niepewności, nadto w ciągłej trosce o byt, boć i największą praktykę w jednej chwili stracić można, a zmuszony zmieniać co chwila swą rolę i przystósowywać się do poziomu umysłowego i do temperamentu swego chorego, z których odrazu winien sobie zdać sprawę, denerwuje się łatwo. Nerwy w podobnem napięciu zużywają się szybko; z reguły też cierpimy jakąś manię, najczęściej prześladowczą, rzadziej, przynajmniej jak dotąd we Lwowie bywało, manię wielkości. Wynikiem pierwszej, że co kolega, to wróg, następstwem drugiej rozumowanie: im mniejszy *compar*, tem lepiej się wydam. Z naszych własnych ust o naszym stanie zasięgane wiadomości najgorzej wypadają. Wszak powszechnie i słusznie ceniony lekarz nie wahał się powiedzieć choremu, by nie pozwalał sobie lekarzom wprowadzać katetera, bo mógłby mu który wprowadzić zanieczyszczone narzędzie. A przecież lekarz ten był bardzo dbałym i sumiennym i nie możnaby doń zastósować owego trywialnego przysłowia: kto płucze...

Niemało też znaczy sprawa chleba — w najogólniejszem tego słowa znaczeniu. Każdy z dostojników może śmiało wystąpić n. p. przeciw podwyższeniu płac lekarskich, bo wie, że gdy zapotrzebuje lekarza, to go dostanie każdej chwili, i to może nie z pobudek humanitarnych, które naturalnie broniłyby wezwanemu odmówić pomocy w chorobie, ale z innych, które temuż zawezwanemu doradzą potakiwać nawet, gdyby w rozmowie zeszło na kwestyą, czy lekarzowi szpitalnemu należy płacić za to, co on dla szpitala robi, czy też można nie płacić, boć on i tak z prywatnej praktyki wyżyć może; — albo też na sprawę, czy lekarze i szpitale nie są czasami zbytkiem w gospodarstwie krajowem. Pełne uznanie zyskali wobec tego profesorowie, którzy otwierając w tym roku dwie nowe kliniki, położyli nacisk na straty, jakie kraj ponosi materyalnie za sanitarne niedbalstwo i liczbami ich dowiedli. Niestety, lekcye poszły w las, a oszczędność została. Słyszę, że klinika chorób dziecięcych, tak ważna, boć tu idzie o nowe pokolenia, dziesiątkowane w naszym kraju brakiem należytej opieki, ma być pomieszczoną w szpitaliku św. Zofii i uszczuplić miejsca tej instytucyi, stojącej dobroczynnością ludzi dobrej woli i zapobiegliwością jej dyrektora, a gorliwego opiekuna. Tam ma być wciśnięta, choć wiadomą jest rzecza, że i tak trzeba będzie budować odrębne gmachy dla klinik, pomieszczonych na razie w szpitalu głównym, w którym kliniki frekwencyi chorych nie zmniejszyły i gdzie dzisiaj ciaśniej, niż przed pobudowaniem tych trzech nowych klinik, które dotąd stanęły.

Na zakończenie kilka liczb. Wiedeński szpital na 24.000 chorych ma 70 płatnych sekundaryuszy, lwowski na 14.000 — siedmnastu. Stosunek w Wiedniu jednego sekundaryusza do 342 chorych, we Lwowie zaś jednego do 832 chorych. W Wiedniu płaca prymaryusza wynosi, prócz dodatku aktywalnego 600 złr., 1500—1800 złr. i pięciolecia, we Lwowie 1200 i pięciolecia, choć Lwów niewątpliwie tańszym od Wiednia nie jest.

I jeszcze wzmianka. Gdyby koledzy, praktykanci szpitalni, czytali wydany na lwowskim bruku „Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych“, toby wiedzieli o przyznanem im adjutum, o którem na początku listu wspominam. Zdaje mi się zaś, że i inni koledzy napotkaliby tam wiele ciekawych rzeczy, a wydawnictwo to Szanownych kolegów: Barzyckiego i Lachowicza poprzeć należy, bo to kruk biały dla Lwowa. Jak dotąd nie mamy tu Towarzystw wydawniczych. Projektowana, lecz niestety już pogrzebana poliklinika chciała się tem zająć; czy zaś dawna „lecznica“, która jej nazwę podjęła i „poliklinika“ się teraz nazywa i inne jej plany rozwinie, wolno żywić nadzieję.

Dr. Uhma.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka uwag o stósowaniu surowicy przeciwbłoniczej.

Osiadłszy od trzech lat na prowincyi, a przekonawszy się naocznie już przedtem w szpitalu św. Ludwika w Krakowie o skuteczności zastrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej u dzieci, dotkniętych błonicą, — zacząłem ją stósować w okolicy, którą obecnie zamieszkuję. Początkowo szło mi to z trudnością, gdyż rodzice przeważnie sprzeciwiali się „kłóciu“ dziecka i często musiałem ograniczyć się tylko do podawania środków wymiotnych, przestrzykiwań gardła itp.

W miarę jednak jak dzieci, u których stósowałem surowicę przeciwbłonicza, przychodziły do zdrowia, odsetek zgłaszających się zaczął się powiększać i dziś wykazać się mogę liczbą dzieci, dotkniętych błonicą, a leczonych surowicą, około 70, z których zmarło tylko czworo, przywiezionych do mnie w okresie konania tak, że ani surowica, ani intubacya zapobiedz śmierci już nie mogły.

W ostatnich czasach cena surowicy przeciwbłoniczej spadła znacznie; można zresztą zmętniałą zamienić w każdej chwili na świeżą bez żadnej dopłaty, co również przyczynia się do tem łatwiejszego rozpowszechnienia tego środka. Wydział powiatowy w Chrzanowie, za którego przykładem wszystkie pójść powinny, otworzył mi kredyt do 50-ciu złr. na surowicę przeciwbłoniczą dla dzieci ubogich rodziców, a po wyczerpaniu tej kwoty, przyrzekł i więcej.

Kolegom na prowincyi gorąco polecić mogę stósowanie surowicy przeciwbłoniczej, bo środek ten, cenny w swych skutkach, nietylko znakomicie zmniejszy śmiertelność dzieci dotkniętych błonicą, ale i z pewnością wzmocni zaufanie do lekarzy, zwłaszcza u ludu naszego, tak wzdragającego się do zasiągania porady lekarskiej. Intubacya, aczkolwiek dobra, to jednakowoż w praktyce wiejskiej z trudnością zastósować się daje; lekarz nie może pozostawić tubusa na czas dłuższy pod kontrolą nie dość ostrożnych, a zresztą nie mających na to czasu rodziców.

Rzadko bardzo po zastósowaniu surowicy przeciwbłoniczej u dzieci spotykałem wysypkę; częściej zdarzały się w 5 minut po zastrzyknięciu wymioty. Surowica przeciwbłonicza, stósowana nawet w przypadkach dławca wrzekomego, który w początkach jako taki nam się przedstawia, ale na razie z całą stanowczością twierdzić jeszcze nie możemy, czy przypadkiem nie rozwija się dławiec błoniczy, szkody żadnej dla dziecka nie przynosi; natomiast lekarz zabezpiecza się na wypadek, gdyby się okazało, że mieliśmy do czynienia z prawdziwym dławcem błoniczym.

Zarzut, jaki nas spotkał, że w Galicyi stósowanie surowicy przeciwbłoniczej ogranicza się tylko do 16%, podczas gdy w innych krajach przeszło o 3 razy więcej, wątpię czy jest słuszny, gdyż dziś to chyba bardzo mało jest kolegów, którzyby się tym środkiem nie posługiwali. Zakład prof. Bujwida najlepiejby nam tę rzecz wyświetlił; zresztą, niezawodnie nie każdy też z kolegów pamiętał o obowiązku donoszenia władzy o wszystkich przypadkach błonicy, w których stósował surowicę przeciwbłoniczą.

Dr. Józef Bednarski,
lek. okręg. w Alwerni.

„Uwagi“ dra Bednarskiego dowodnie przekonują, że przy pewnej sprężystości i zapobiegliwości lekarza okręgo-

wego, znajdzie się w jego posiadaniu zawsze świeża surowica i stały fundusz na jej zakupno. Alwernia, w której przebywa Dr. Bednarski, niczem do tej pory nie wyróżnia się od innych miasteczek galicyjskich, a powiat chrzanowski nie odznacza się jakąś wyjątkową zamożnością od reszty kraju; widnieje tu z jednej i z drugiej strony tylko proste zrozumienie i dokładne wykonanie obowiązków. Przekonani jesteśmy, że wszystkie okręgi sanitarne urządzą się w podobny sposób, a na tej drodze nietylko poprawi się niezaszczytna dla nas statystyka stosowania surowicy przeciwbłoniczej, lecz, co najważniejsze, zmniejszy się w Galicyi odsetek śmiertelności, w czem do tej pory błonica uderza niepomierną wysokością. *(Red.)*.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 16 marca 1899 r.

* Dnia wczorajszego odbyło Towarzystwo Lekarskie krakowskie posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Latkowski wyłożył wyniki swych badań nad wpływem wody maryenbadzkiej na trawienie. W rozprawach zabierali głos profesorowie Korczyński i Jaworski, oraz prelegent.

* Komitet Gospodarczy IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który ma się odbyć w Krakowie r. 1900, zorganizował na 4 posiedzeniach kadry działalności gospodarczej i naukowej przyszłego Zjazdu. Terminu Zjazdu ściśle nie oznaczono, pragnąc pod tym względem jak najdokładniej wyrozumieć życzenie większości, a nie mniej, by uniknąć kolizyi z przypadającą w tymże 1900 roku 500-letnią uroczystością jubileuszową odnowienia przez królową Jadwigę Akademii krakowskiej, której to uroczystości uniwersyteckiej termin jeszcze nie został oznaczony.

Ze Zjazdem ma być połączoną Wystawa przyrodniczo-lekarska.

* Z Sejmu. Na wniosek Komisyi Sanitarnej uchwalił Wys. Sejm budowę nowych szpitali powszechnych w Samborze i Nowym Sączu; pawilonów przy szpitalach: w Zaleszczykach i Białej; pawilonów dla chorób zakaźnych przy szpitalach: w Bochni, Białej, Brodach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Stryju i Złoczowie.

Sejmowa Komisya Sanitarna uchwaliła uczynić wniosek w Sejmie, aby zasiłek dla szpitala dziecięcego św. Zofii we Lwowie, wynoszący 16,000 złr., został podniesiony do 20,000 złr.

Uchwały Komisyi budżetowej, dotyczące kosztów szczepienia i wydatków sanitarnych wogóle, wypadły zgodnie z wnioskami Wydziału krajowego, z tą tylko różnicą, iż zasiłek na Zakład prof. Bujwida w Krakowie dla szczepień pasteurowskich przeciw wściekliźnie, postanowiono podwyższyć z 600 na 1000 złr., przy tem uchwalono rezolucyę, wzywającą rząd, by Zakład ten poparł wydatnym zasiłkiem ze skarbu państwa. Rektor Kadyi postawił w Sejmie wielkiej wagi wniosek, aby w szkołach średnich ustanowiono posady lekarzy szkolnych, oraz aby w tych szkołach wykładano higienę, somatologię itd. Wnioskodawca proponuje, by stanowisko lekarza szkół średnich było równoważnem ze stanowiskiem nauczycieli tych szkół.

* Ogólne zgromadzenie Stowarzyszenia do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich odbyło się dnia 7 b. m. pod przewodnictwem prezesa Stowarzyszenia, Radcy Dworu profesora E. Korczyńskiego. Przewodniczący stwierdził postępowy rozwój Stowarzyszenia — w każdym kierunku. W r. 1898 przybyło członków 18, zmarło 4, których pamięć uczciło zgromadzenie przez powstanie. W r. 1898 wydano podręczniki prof. W. Jaworskiego i dra Piska. Podręcznik Sądowej medycyny prof. Wachholza jest na ukończeniu i wyjdzie w kwietniu.

Następnie przystąpiono do wyboru Wydziału Stowarzyszenia na r. 1899: wybrano ten sam Wydział, powołując na jedno wolne miejsce zastępcy członka fizyka powiatowego, dra Bielańskiego.

Ku końcowi posiedzenia objął przewodnictwo wiceprezes, prof. dr. Domański i w przemówieniu pełnem ciepła i prawdy podniósł chwalebne i tyle pożyteczne zasługi Radcy Dworu prof. E. Korczyńskiego, który już 25-ty rok wiernie służy ojczystej literaturze lekarskiej, jako założyciel Stowarzyszenia Wydawniczego i jego orędownik. W celu uczczenia tej długoletniej pracy i dania wyrazu wdzięczności, uczynił prof. dr. Domański wniosek, ażeby Stowarzyszenie rozszerzyło swą nazwę, łącząc ją z imieniem swego założyciela i 25-letniego przewodniczącego, a któraby brzmiała: »Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich imienia Edwarda Korczyńskiego«. Wniosek prof. dra Domańskiego został przyjęty jednomyślnie.

* Międzynarodowa Rada sanitarna egipskich morskich wybrzeży nadała posadę lekarza do nadzoru sanitarnego i służby desinfekcyjnej w Suez u Źródeł Mojżesza asystentowi przy katedrze higieny w Krakowie, drowi Józefowi Batko, który w tych dniach już udał się na miejsce swego nowego przeznaczenia.

* Powszechnie znaną jest rzeczą, że mleko staje się często czynnikiem szerzenia się gruźlicy. Badania, wykonane w ostatnich czasach nad tym przedmiotem przez Kantbacka i Sladena, dają nowy przekonywujący dowód tego twierdzenia. Autorowie ci szczepili mleko bezpośrednio morskim świnkom. Na 16 prób mleka, dostarczanego mieszkańcom miasta Cambridge, 9 okazywało zanieczyszczenie gruźlicze, a z 90 zaszczepionych morskich świnek 23 uległo zakażeniu gruźliczemu. Liczby te są wyższe od tych, które pochodziły z poprzednich doświadczeń. Na ten wynik oddziałać mogły dwie przyczyny: albo to, że w okolicy Cambridge obory są wyjątkowo zakażone gruźlicą, albo też, że Kanthack i Sladen posługiwali się nie mlekiem, lecz osadem, otrzymanym z mleka na centryfudze, oraz śmietanką. Jest-to spostrzeżenie wielkiej wagi, gdyż śmietankę chętnie dotychczas uważano za więcej bezpieczną, bo niejako wolną od laseczników; tymczasem badania Kanthacka i Sladena doprowadziły do wręcz przeciwnego wniosku: na 9 dodatnich wyników badania, śmietanka wywołała 3 razy gruźlicę doświadczalną tam, gdzie osad nie wykazał pierwiastka zakaźnego; natomiast, we wszystkich badaniach, w których osad z mleka był zakażający, śmietanka posiadała taką samą lub jeszcze większą siłę zakaźną.

Sprostowanie. W Nrze 9 *Przegl. Lek.*, na str. 120, w wierszu 32 od dołu ma być nie *podotrzewnowego*, lecz *podprzeponowego*.

Nekrologia. Dr. Erazm Krzyszkowski, lekarz powiatowy powiatu strzyżowskiego, zmarł w Krakowie, w wieku lat 41.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Postępie okulistycznym* Nr. 2: Dra Strzemińskiego Ign.: Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej, sąsiedniej części nosa i lewego worka łzowego, z samodzielnem wyleczeniem. Prof. Wicherkiewicza: Przyczynek do zachorzeń dnawych (artrytycznych) oka. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 3: Kramsztyka Zyg.: Miara w leczeniu. Dra Wizela A.: Dowcip u obłąkanych (dokoń.). Giedroycia Fr.: Ochrona od zarazy morowej w Polsce (c. d.). W *Nowinach lekarskich* Nr. 3: Dra Zakrzewskiego Fr.: Przyczynek do rozpoznania kolek trzustki. Flataua Ed.: Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań. Dra Szumana L.: Spostrzeżenia dotyczące leczenia dolegliwości pęcherzowych, z przerostu gruczołu krokowego wynikających. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 10: Dra Piotrowskiego J.: Przyczynek do kazuistyki włókniaków przedniej ściany brzusznej. Dra Bernhardta Ed.: Tężec u trzyletniego dziecka wyleczony surowicą przeciwtężcową, oraz kilka uwag o jej działaniu. Męczkowskiego W.: O. syryngomyelii (c. d.). W *Kronice lekarskiej* Nr. 5: Jaworskiego J.: O krwotokach macicznych u dziewcząt nowonarodzonych uwag kilka. Dra Higiera H.: W kwestyi chorób rodzinnych nerwu wzrokowego. W *Medycynie* Nr. 10: Grosglika A.: Przypadek wczesnych trzeciorzędnych objawów przymiotu. Dra Steinhausa J.: Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków (dokoń.). W *Zdrowiu* (zeszyt 162): Tołwińskiego W.: Postęp szczepienia ospy ochronnej w powiecie lubartowskim gubernii lubelskiej w ciągu lat 12 (1885–1897). Mareckiego R.: Niedosyt powietrza w Król. Polskiem, w Zachodnich guberniach cesarstwa i w Galicyi (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Jeż W.: Ueber Typhus behandlung (Abdominaltyphus) mit einem Antityphusextract. Wiedeń. (Odbitka z *W. mediz. Wochenschrift*, Nr. 8, 1899).

— Dr. Gruder L.: Ein Fall von initialer und postinitialer Sklerose an den Augenlidern. Wiedeń. (Odbitka z *W. klin. Wochenschrift*, Nr. 48, 1898).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.